

IMPLICONplus

Gesundheitspolitische Analysen

Wie fair ist der Kassenwettbewerb?

Die zentrale Frage in der Debatte um
den Risikostrukturausgleich

von Franz Knieps

02 | 2018

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet
Gestaltung: roman und braun medienproduktionen
Umschlaggestaltung: Robert Roman
Internet: www.implicon.de
ISSN: 2199-4978

Wie fair ist der Kassenwettbewerb?

Die zentrale Frage in der Debatte um den Risikostrukturausgleich

von Franz Knieps

Die Debatte um eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist auch nach der Veröffentlichung eines umfangreichen Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt nicht abgeebbt, sondern wird unbeeindruckt fortgesetzt. Der folgende Beitrag erklärt, warum die Diskussion nicht durch eine wissenschaftliche Stellungnahme beendet, sondern nur durch politische Entscheidungen maßgeblich entschärft werden kann. Er ist kein neutraler Überblick, den das Beiratsmitglied Volker Ulrich bereits in der letzten Ausgabe von IMPLICONplus gegeben hat, sondern ein von den Erfahrungen der Betriebskrankenkassen geprägtes Plädoyer für ein schnelles Umsteuern gegen Fehlentwicklungen im Wettbewerb der Krankenkassen und speziell im Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung.

...

...

BKK und RSA – Keine gemeinsamen Gene

Ein Liebesverhältnis hat sich zwischen den Betriebskrankenkassen (BKK) und dem Risikostrukturausgleich (RSA) nicht entwickelt. Dazu sind die Gene von BKK und RSA zu verschieden. Während die BKK sich als Produkt autonomer betrieblicher Sozialpolitik von aufgeklärten Unternehmern und solidarischen Belegschaften sehen, ist der RSA einer forcierten Regulierung mit der weitgehenden Gleichstellung aller Kassenarten geschuldet. Weder die Einführung noch die Verfeinerung des RSA haben den Beifall der BKK gefunden. Zur Ehrlichkeit der Debatte gehört aber auch, dass die Betriebskrankenkassen von der Einführung der Kassenwahlfreiheit und der Möglichkeit zur Öffnung für alle gesetzlich Versicherten zeitweise in bedeutendem Umfang profitieren konnten. Alle Formen staatlicher Eingriffe in die Spezifika betrieblicher Krankenversicherung begegnen in der BKK Skepsis, Bedenken und auch Ablehnung.

Nicht nur beim RSA fordern Betriebskrankenkassen mehr Gestaltungsfreiheiten und Spielräume. Beispielhaft sei auf das Organisationsrecht der GKV verwiesen, das zwar die Möglichkeit von Neugründung betriebsbezogener Kassen schafft, hierbei jedoch Eingriffsmöglichkeiten der AOK zur Abwehr von Neugründungen schafft. Dieses Organisationsrecht entstammt eher den Zuständen bei Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung im Jahr 1911, quasi dem Alten Testament des Sozialrechts, als einem modernen Wirtschaftsverwaltungsrecht. Um im Bild zu bleiben: Goliath darf bestimmen, ob David mitspielen darf und welche Instrumente David im Wettbewerb einsetzen darf.

Fehlentwicklungen im Kassenwettbewerb – Marktbeherrschung und Manipulation

Dies ist nur ein Dilemma im Kassenwettbewerb, dessen Auswirkungen auch der Wissenschaftliche Beirat kritisch bewertet. Dies gilt insbesondere für die Ausweitung der Marktmacht der AOK in vielen Bundesländern und Regionen mit Marktanteilen von mehr als 40 oder sogar 50 Prozent aller GKV-Mitglieder. Allerdings beschränkt sich der Beirat bei seinen Handlungsanleitungen auf wenig konkrete Maßnahmen wie die intensivere Beobachtung der Marktentwicklung und die Schaffung einer adäquaten Wettbewerbsordnung. Die BKK teilt diese Sicht auf das GKV-System, verlangt aber zügige Gegenmaßnahmen gegen Wettbewerbsverzerrungen und marktbeherrschende Stellung. Anders als die Wissenschaftler sieht die BKK in der konkreten Ausgestaltung des Morbi-RSA eine wesentliche Ursache für Fehlentwicklungen im Wettbewerb. Sie kritisiert die Fixierung der RSA-Evaluation auf technische Bewertungen der Prognosegüte von Modellen statt auf einen kritischen Blick auf die Realitäten im Kassenhandeln. Dazu zählen die Anreize zu Beeinflussung der Leistungserbringer und Manipulation von Dokumentation und Daten. Hier hat dankenswerterweise der Präsident des Bundesversicherungsamts klar gestellt, dass es keinen Unterschied macht, ob Kassen Einfluss auf ein Upcoding oder ein

Rightcoding nehmen; beides ist und bleibt verboten. Und auch der Beirat sieht, dass der RSA manipulationsanfällig ist. Ein Mitglied sprach bei der Vorstellung des Gutachtens in Bonn sogar davon, dass man Akteure noch mit „rauchenden Colts“ angetroffen habe. Allerdings bleibt das Gutachten recht vage, was die konkreten Einfallstore für Manipulationen angeht. Fachleute aus den Kassen können hier deutlich mehr Details liefern, wie Kassen ihr „Einnahmemanagement“ optimieren. Für die BKK ist vor allem wichtig, dass man diesen Fehlentwicklungen nicht irgendwann, sondern unmittelbar nach Regierungsbildung entgegentritt.

Steine statt Brot – Eine skeptische Bewertung des Evaluationsberichts

Deshalb hat der Verfasser in einer ersten Bewertung des Gutachtens davon gesprochen, dass der Beirat in seinen Empfehlungen an die Politik „Steine statt Brot“ gegeben habe. Diese Kritik begründet sich aber nicht allein auf die zeitliche Dimension für die Umsetzung der konkreten Empfehlungen der Wissenschaftler, sondern betrifft viele weitere Facetten der Evaluation des Risikostrukturausgleichs. Diese reichen von Governance-Fragen über die untersuchten Parameter des RSA bis hin zur Einschätzung der Wirkungen. Folglich müssen nicht nur einzelne Empfehlungen in Frage gestellt werden. Dabei soll allerdings nicht verschwiegen werden, dass das Gutachten natürlich auch viele Punkte enthält, die aus Sicht der BKK positiv zu würdigen sind. Gleichwohl bleibt eine skeptische Gesamtbewertung, die hier nur in den Grundzügen skizziert, aber nicht in allen Details begründet werden kann.

Transparenz und Good Governance – Kritik am Verfahren der Evaluation

Schon das Verfahren der Evaluation begegnet einigen Bedenken. Das gilt beispielsweise für die mangelhafte Transparenz der zugrundeliegenden Daten und der ausgewählten Parameter des RSA. Die BKK erwartet, dass diese Daten nicht nur dem Wissenschaftlichen Beirat, sondern allen Akteuren, die ein berechtigtes Interesse an der Evaluation haben, zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt speziell vor dem Hintergrund, dass Ansätze und Methoden der Evaluation normativ bestimmt werden, und durchaus andere Gesichtspunkte denkbar sind, um einen kritischen Blick auf die Ausgestaltung und die Wirkungen des Morbi-RSA zu werfen.

Ohne die Expertise und die Integrität der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim BVA und die Unparteilichkeit von BMG und BVA in Frage zu stellen, stellt sich doch die Frage, ob diese Evaluation den Kriterien von Good Governance entspricht. Dies gilt bereits für die Frage, ob diejenigen, die die jetzige Ausgestaltung des Morbi-RSA ganz wesentlich mitbestimmt haben, dessen Evaluation durchführen sollten. Auch könnte die gutachterliche Betätigung

mancher Beiratsmitglieder für einzelne Akteure Governance-Probleme aufwerfen. Schließlich kann es nicht angehen, dass schon vor der Veröffentlichung des Gutachtens Beiratsmitglieder gut honorierte Verträge halten und Deutungshoheit über noch nicht bekannte Inhalte eines Gutachtens beanspruchen.

Der politische Zweck des RSA – Kritik an den untersuchten Parametern

Aus Sicht der BKK führt die Fixierung des Beirats auf die Verbesserung der Modellgüte zu einer einseitigen Betrachtung des RSA. Dies wird weder der Entstehungsgeschichte noch der Fortentwicklung des RSA gerecht. Ausgangspunkt der Debatte um die Einführung eines Ausgleichssystems zwischen Krankenkassen war weniger die Fokussierung auf die Verhinderung von Risikoselektion als die Beseitigung der Diskriminierung der Arbeiter bei der Wahl ihrer Krankenkasse und die Verringerung der Beitragssatzunterschiede zwischen Krankenkassen und Kassenarten. Die hohen Beitragssätze vieler auf Kreisebene organisierten Ortskrankenkassen gefährdeten Existenz und Wettbewerbsfähigkeit in einem wettbewerblich organisierten Krankenkassensystem. Die Befürworter einer freien Kassenwahl für alle Mitglieder hielten deshalb den RSA für die zentrale Voraussetzung eines allgemeinen Wahlrechts und für Wettbewerb zwischen den öffentlich-rechtlich verfassten Krankenkassen. Dabei war es bei der Einführung durchaus strittig, ob der RSA nur für eine Übergangsphase erforderlich sei oder auf Dauer angelegt werden sollte. Erst bei dieser Debatte kam das Thema Risikoselektion ins Spiel.

Gleiches gilt für die Fortentwicklung des RSA. Stets spielten Beitragssatzunterschiede zwischen Kassen und Kassenarten eine ausschlaggebende Rolle für Interventionen der Politik, seien es die Schaffung eines einheitlichen Rechtskreises zwischen alten und neuen Bundesländern, die einvernehmlich mit den Kassenartenverbänden abgestimmten Übergangsregelungen wie die Schaffung eines Hochrisikopools oder die gesonderte Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern oder Teilnehmern an Disease-Management-Programmen oder die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung. Jüngstes Beispiel ist die gemeinsame Intervention der Ministerpräsidenten von Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, eine Veränderung zulasten „ihrer AOK“ politisch zu unterbinden. Deshalb ist die Haltung der Evaluatoren irreführend, dass der Blick auf die Auswirkungen des RSA auf Kassenarten oder einzelne Krankenkassen nicht zielführend sei, zumal der Beirat heftige Kritik an den Schnittstellen zwischen Politik und GKV in Gestalt unterschiedlicher Aufsichtsbehörden übt. Politisch ist die Ausblendung der Wettbewerbswirkungen des RSA sogar bigott, denn die Politik wird zumindest das Scheitern großer Krankenkassen nicht hinnehmen. „Too big to fail“ gilt nicht nur für die Finanzwirtschaft.

Der BKK drängt sich der Eindruck auf, Politik und Wissenschaft ignorierten kleinere Kassen und Kassenarten zugunsten der Bevorzugung großer Tanker. Anders ist die offene oder verdeckte Diskussion um Mindestgröße und Höchstzahl

von Krankenkassen nicht zu erklären. Von den Besonderheiten betriebsbezogener oder betriebsnaher Krankenkassen im Rahmen der betrieblichen Gesundheits- und Sozialpolitik, speziell in der betrieblichen Gesundheitsförderung, ist nur die Rede, wenn Erwartungshaltungen an die BKK und ihre Trägerbetriebe formuliert werden. Die Verknüpfung dieser Erwartungen mit einer auskömmlichen Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds wird geflissentlich übersehen. Das gilt im Übrigen auch für die Frage, welche Auswirkungen das stetige Verschwinden kleinerer Kassen auf die Versorgungssituation vor Ort hat. Schließlich ist auch zu hinterfragen, inwieweit ein fehlgeleiteter RSA auf der einen Seite zu beherrschender Marktmacht und zu missbräuchlichem Verhalten beiträgt, auf der anderen Seite ein ruinöser Preiswettbewerb zu Versorgungsdefiziten und Serviceabbau führt. Zumindest einer der Wissenschaftler hat dem Verfasser in der Vergangenheit immer wieder erklärt, der maßvoll begrenzte Einnahmenausgleich sei ein Gegengewicht zu regionaler Marktmacht gegenüber den Leistungserbringern, etwa bei den Rabattverhandlungen mit Leistungserbringern. Heute werden solche Vorteile von den Nutznießern des gegenwärtigen RSA mit dem überlegenen Management dieser Kassenart begründet. Würde dies stimmen, so ließen sich die gestiegenen Beitragssatzunterschiede innerhalb der Kassenarten, auch im AOK-System, kaum erklären. Darauf weist auch das Gutachten ausdrücklich hin.

Noch mehr RSA statt Suche nach Alternativen – Kritik an den vorgeschlagenen Maßnahmen

Aus Sicht der BKK positiv zu würdigen sind vor allem folgende Punkte: Die Streichung der gesonderten Berücksichtigung der DMP-Programmkosten ist ein erster Schritt zur Abschaffung der Surrogate im Morbi-RSA. Durch eine bessere Berücksichtigung der Interaktionseffekte von Alter und Multimorbidität könnte die Überdeckung bei Kumulation von Zuweisungen abgebaut werden. Die Forderungen nach dem Verbot von Einflussnahmen auf das Kodierverhalten, nach dem Erlass von Kodierrichtlinien und nach einer einheitlichen Aufsicht sind wohl politisch und/oder praktisch chancenlos.

Auch die (Wieder-) Einführung des Risikopools, die Ergänzung der ambulanten Diagnosen um Arzneimittelinformationen, die Beibehaltung des gegenwärtigen Verwaltungskostenschlüssels bei 50/50 sowie die Einführung eines Regionalfaktors könnten positive Wirkungen entfalten. Das hängt jedoch in starkem Maße von der konkreten Ausgestaltung ab. Aus diesen Maßnahmen könnten sich auch weitere Vorteile für die AOK ergeben.

Eher negative Aspekte für die BKK verbinden sich mit der Einführung eines Vollmodells, der Beibehaltung der Variable Erwerbsminderungsrentner und der Beibehaltung der ambulanten Diagnosen mit unverändert hohem Upcoding-Potenzial.

Die Kritik nicht nur der Betriebskrankenkassen an den Handlungsempfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats richtet sich an zwei Punkte: Die Forderung nach mehr RSA trotz erwiesener Mängel und der Mangel an Handlungsempfehlungen für sofortiges Handeln. Angesichts der Anfälligkeit und der Wettbewerbswirkungen des RSA ist es nur schwer nachzuvollziehen, dass die Wissenschaftler der Politik mehr RSA empfehlen, beispielsweise die Einführung eines Vollmodells oder das Fortgelten der ursprünglich nur als Übergangsregelung angelegten gesonderten Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner. Wird übersehen, dass gerade ein Vollmodell unter Status Quo-Bedingungen weitere Anreize zur Manipulation setzt? Wird ignoriert, dass die Bevorzugung der Erwerbsminderungsrentner Diskriminierungen anderer Personengruppen mit gleicher oder ähnlich Morbidität bedeuten kann? Zur Ehrenrettung der Gutachter muss man beide Fragen mit Nein beantworten. Aber die Vorschläge zur Überwindung dieser Problemkreise sind wenig konkret und nicht einfach umsetzbar.

Die Kritik des Verfassers richtet sich an der generellen politischen Antwort auf Fehlentwicklungen bei Steuerungsinstrumenten und Anreizsystemen, nämlich Komplexitätsausweitung statt Komplexitätsreduzierung, Anbau statt Neubau. Dies lässt sich beispielsweise bei der Kapazitätsplanung ebenso beobachten wie bei der Ausgestaltung von Honorierungssystemen. Jede Verfeinerung des RSA hat nur einer Kassenart genutzt und letztendlich zur massiven Überdeckung dieser Kassenart geführt. Jede Verfeinerung hat die Akzeptanz des RSA bei den anderen Kassenarten verringert. Jede Verfeinerung hat zur Ausweitung der Manipulationen und zu ausgefeilteren Selektionsmechanismen geführt. Jede Verfeinerung hat zu geringerer Transparenz und Berechenbarkeit geführt. Jede Verfeinerung hat zu weiteren Interventionen der Verwaltung, der Gerichte und schließlich der Gesetzgebung geführt. Wäre es da nicht Zeit, die bisherige Entwicklungsschiene zu verlassen und nach weniger anfälligen, intransparenten und komplexen Ansätzen zu suchen? Gibt es keine Alternativen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich deutscher Prägung? Helfen die schnell umsetzbaren Vorschläge des Beirats, die grundsätzlichen Fehlsteuerungen zu korrigieren?

Auch wenn man das vorgeschlagene Maßnahmenpaket vor allem hinsichtlich der Forderung nach Einführung ambulanter Kodierrichtlinien, der Beseitigung von Überdeckungen beispielsweise von älteren Multimorbiden oder die Veränderung bei der Berücksichtigung von Erwerbsminderung bei der Bestimmung des Schweregrads von Erkrankungen ganz oder in Teilen positiv bewertet, ist nicht zu verkennen, dass viele Reformvorschläge an die Grenzen des Verfassungsrechts stoßen (Gewährleistung einer einheitlichen Aufsichtspraxis), spezifiziert und konkretisiert werden müssen (Unterbindung von Missbrauch und Manipulation, Wettbewerbskontrolle) und vor allem weiteren Forschungsbedarf auslösen (Einbeziehung von Regionalaspekten). Alle Maßnahmen ist gemeinsam, dass ihre Umsetzung den RSA noch komplexer und undurchsichtiger machen. Damit sinkt die Steuerungsfähigkeit von Politik und Recht, steigt aber die Abhängigkeit der Durchführung und der Fortent-

wicklung von wenigen Expertinnen und Experten. Gleichzeitig steigt die Volatilität jedes Jahresausgleichs durch Klagen bei der Sozialgerichtsbarkeit, die sich nicht scheut auch Dinge durchzusetzen, die die Politik bewusst oder unbewusst nicht in die Ausgestaltung des RSA übernommen hat. Herausragendes Beispiel ist die gesonderte Berücksichtigung der Kosten verstorbener GKV-Mitglieder, die die Zuweisungssummen beträchtlich zugunsten der AOK verändert haben. Weitere Begehrlichkeiten, wie bei der Behandlung von Auslandsversicherten, konnten erst vom Bundessozialgericht abgewiesen werden. Damit steigt die Gefahr, dass der RSA nicht mehr den Anforderungen entspricht, die das Bundesverfassungsgericht an die Ausgestaltung eines Ausgleichssystems gestellt hat, das hinsichtlich Volumen und Komplexität den Länderfinanzausgleich weit hinter sich lässt.

Der RSA in der Politik – Was wollen die Entscheider?

Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA können zwar Empfehlungen zur Veränderung des RSA abgeben. Entscheiden muss aber die Politik, und zwar nicht nur über die Fortentwicklung eines umstrittenen Ausgleichssystems, sondern auch über die Einbettung in eine ordnungspolitische Rahmenordnung. Wer Wettbewerb als einen zentralen Eckpfeiler der gesetzlichen Krankenversicherung sieht, muss faire Wettbewerbsbedingungen nicht nur auf dem Papier des Gesetzblatts, sondern in der alltäglichen Praxis schaffen. Selbst wer Wettbewerb im Gesundheitswesen ablehnt oder skeptisch betrachtet, muss für eine faire Behandlung von Versicherten und Arbeitgebern Sorge tragen und kann Benachteiligungen nicht unter Hinweis auf die Kassenwahlfreiheit für alle ignorieren. Es besteht also Handlungsbedarf in einem schwierigen, von Macht- und Geldinteressen durchzogenen Handlungsfeld. Das räumen Politikerinnen und Politiker fast aller Parteien ein, tun sich aber gleichzeitig schwer, Eckpunkte oder gar Details einer möglichen RSA-Reform zu nennen.

Deshalb ist es bemerkenswert, dass sich die Unionsparteien und die SPD im Rahmen der Verhandlungen zu einer erneuten Großen Koalition offenbar darauf verständigen konnten, den RSA in der laufenden Legislaturperiode zu reformieren. Dabei soll das zentrale Ziel – wie schon bei der Einführung des RSA – die Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen sein. Die Verhinderung von Manipulationen wird ebenfalls zum politischen Ziel einer möglichen Koalition erhoben. Das sollte allen Akteuren eine Warnung sein, zumal die Wissenschaftler bei der Überprüfung der letzten Ausgleichsjahre durch das BVA die Aufdeckung massiver Manipulationen und deren spürbare Sanktionierung erwarten. Schließlich wollen die Gesundheitspolitiker und -politikerinnen aus Bund und Ländern bei der zu erwartenden Reform die Vorschläge der Gutachter beachten. Gleiches sollte aber dann auch für die Grenzen der Empfehlungen gelten, die die Wissenschaftler selbst einräumen. Dazu zählt auch die Aufgeschlossenheit für Übergangsregelungen, die bis zu einer grundlegenden Überarbeitung des RSA nach einer vertieften und offenen Klärung weiterer Fragen, wie der Einführung eines Regionalfaktors, gelten sollten.

Die Dringlichkeit einer schnellen RSA-Reform – Plädoyer für eine sofort wirksame Übergangsregelung

Aus Sicht von Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen ist es folglich von zentraler Bedeutung, dass der erste Schritt zu einer umfassenden Erneuerung noch im Jahr 2018 getan wird und möglichst schnell wirksam wird. Dazu reichen die vom Beirat vorgeschlagenen, sofort umsetzbaren Vorschläge jedoch alleine nicht aus. Vielmehr sind Übergangsregelungen erforderlich, die ein weiteres Auseinanderdriften der Deckungsquoten und folglich der (Zusatz-) Beitragssätze verhindern. Darauf hat Volker Ulrich zum Schluss seines Beitrags in IMPLICONplus bereits ausdrücklich hingewiesen.

Grundsätzlich sind verschiedene Varianten denkbar um zu verhindern, dass Krankenkassen in eine existenzbedrohende Schieflage kommen – ein Szenario, das bei einem konjunkturellen Einbruch keineswegs unwahrscheinlich ist. So wäre es zum einen denkbar, dass die Zuweisungsbeträge aus dem Gesundheitsfonds über einen Minimal- und einen Maximalbetrag gedeckelt werden könnten. Dies hätte zwar den Vorteil, dass Über- und Unterdeckung gezielt kassenspezifisch adressiert werden könnte, würde aber auch die Manipulationsgefahr deutlich erhöhen. Zum anderen könnte ein Schutzschirm für teure Fälle – etwa ab einer Summe von 10.000 € – eingeführt werden, der die Krankenkassen mit aufwändigen Leistungsfällen entlasten würde. Dieser Schutzschirm könnte später zu einem Risikopool umgebaut werden. Nachteilig wären auch hier die Anreize zur Manipulation und die Unsicherheiten über die Auswirkungen einer solchen Regelung auf Kassen und Kassenarten.

Von den diskutierten Übergangsregelungen überzeugt nach Auffassung des Verfassers am ehesten eine Ausweitung des bereits bei der Berücksichtigung der Ausgaben für Krankengeld genutzten Hybridmodells auf alle berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Damit würden dann 50 Prozent der Ausgaben nach dem bisherigen Morbiditätsmodus, 50 Prozent nach den tatsächlichen Ist-Ausgaben ausgeglichen. Der Einwand, damit würde der Anreiz der Kassen ausgeschaltet, die Leistungsausgaben zu beeinflussen, überzeugt nicht, da ja noch immer die Hälfte der Leistungsausgaben nur in Höhe der Normkosten erfasst würden. Auch sind keine zusätzlichen Anreize durch Manipulationen zu erwarten. Der zentrale Vorteil einer solchen Übergangsregelung bestünde darin, dass sie die Wettbewerbsposition jeder Kasse nicht tangieren würde. Sie ist in Grenzen mit der Safetycar-Phase während eines Autorennens vergleichbar, die die jeweilige Position unangetastet lässt. Eigenanstrengungen der Kassen im Kosten- und Leistungsmanagement könnten selbstverständlich ihre jeweilige Wettbewerbsposition verbessern, bzw. unterlassene Managementaktivitäten ihre Position verschlechtern.

Fazit:

Insgesamt kann man also nur hoffen, dass eine neue Bundesregierung die Fehlentwicklungen im GKV-Finanzierungssystem erkennt und ihre wahren Ursachen bekämpft. Die Reform des Risikostrukturausgleichs darf nicht auf die lange Bank geschoben werden, sondern muss zwingend jetzt angepackt werden. Dabei ist ein schrittweises Vorgehen angezeigt, das zwingend mit einer Übergangsregelung verbunden ist, die verhindert, dass die sich Wettbewerbspositionen weiter auseinander entwickeln. Die weitere Forschungsarbeit sollte sich von der Verteidigung des tradierten Entwicklungspfades hin zur stetigen Verfeinerung des Ausgleichssystems auf alternative Lösungsvorschläge erstrecken. Vor allem sollte der Geheimniskrämerei durch mehr Transparenz, beispielsweise durch Schaffung einer regelmäßigen und frei zugänglichen repräsentativen Stichprobe der RSA-Daten beim BVA, ein Ende gemacht werden. Auch dann wird die Debatte um das milliarden schwere Umverteilungsinstrument kein Ende finden, aber vielleicht unaufregter und sachlicher geführt werden könnte. Schon dies wäre ein bedeutsamer gesundheitspolitischer Fortschritt.

Franz Knieps

Vorstand des BKK-Dachverbands
Mauerstraße 85
10117 Berlin

Literatur

BKK-Dachverband: Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich, Betriebskrankenkassen Sonderausgabe 1/2015

BKK-Dachverband: Stellschrauben im Morbi-RSA – Sondergruppen im Fokus, Betriebskrankenkassen Sonderausgabe 1/2016

BKK-Dachverband: Einfach, transparent, manipulationssicher – Mechanik des RSA, Betriebskrankenkassen Sonderausgabe 1/2017

BKK-Dachverband: 300 Jahre Betriebskrankenkassen, Betriebskrankenkassen Sonderausgabe 2/2017

Cassel/Jacobs/Vauth/Zerth: Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 2014

Drösler et al.: Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn 2017 (erstellt im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt, abrufbar auf der Homepage des BVA)

Knieps: Der RSA vor Gericht – Welche Rolle spielt die Dritte Gewalt?, Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 61-64

Knieps: Der Risikostrukturausgleich – Voraussetzung oder Hemmnis im Wettbewerb?, IMPLICONplus 1/2017

König/Binder/Wende: Weiterentwicklung des RSA um eine Regionalkomponente, Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 35-44

Müller: Gesetzliche Krankenkassen im Wettbewerb: Kartell- und Vergaberecht, in Knieps, Gesundheitspolitik – Akteure, Aufgaben, Lösungen, Berlin 2017, 33-48

Schepp: Funktionsweise des Gesundheitsfonds, in Knieps, Gesundheitspolitik – Akteure, Aufgaben, Lösungen, Berlin 2017. 67-81

Schepp: Surrogate im Morbi-RSA, Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2016, 67-81

Schepp/Lummer: Cui Bono: Die Morbi-RSA-Debatte – Zeit ist Geld?, Betriebskrankenkassen 4-2016, 6-9

Ulrich: Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA: Cui bono?, IMPLICONplus 1/2018

Bitte besuchen Sie uns auch unter www.implicon.de.

Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:

Herausgeber: Dr. med. Manfred Albring, Tel.: 030/431 02 95

Redaktion: Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift: Warnauer Pfad 3, 13503 Berlin

Layout: Robert Roman, Roman und Braun

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Jürgen Bausch

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Professor Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

Professor Roger Jaeckel

Director Market Access D.A.CH Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

Professor Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

Professor Dr. Eberhard Wille

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen